

PENGETAHUAN, SIKAP, KEBERSIHAN PERSONAL DAN KEBIASAAN PADA SANTRI PENDERITA PENYAKIT SKABIES DI PONDOK PESANTREN

Tisna Sindy Pratama ¹, Paramita Septianawati ², Hadis Pratiwi ³

¹Fakultas Kedokteran, Universitas Jenderal Soedirman, Jawa Tengah

²Fakultas Kedokteran, Universitas Muhammadiyah Purwokerto, Jawa Tengah

³Program Studi Magister Kedokteran Tropis, Universitas Gajah Mada, Yogyakarta
Email: tisna.pratama@unsoed.ac.id

ABSTRAK

Latar belakang: Skabies merupakan penyakit kulit parasitik yang disebabkan oleh *Sarcoptes scabiei hominis*. Penyakit tersebut masih menjadi masalah kesehatan di Indonesia terutama pada populasi yang berisiko tinggi seperti pada lingkungan pesantren.

Tujuan: Tujuan dari penelitian ini adalah untuk mengetahui karakteristik penderita skabies dari segi pengetahuan tentang, sikap, dan kebiasaan santri penderita penyakit skabies di pondok pesantren.

Metode: Penelitian ini merupakan penelitian deskriptif observasional dengan desain survey terhadap 26 Santri yang menderita skabies di pondok pesantren Miftahul Huda Kecamatan Rawalo, Kabupaten Banyumas, sampel diambil dengan teknik sampling konsekutif. Diagnosis didapatkan dengan pemeriksaan fisik, mikroskopik dan karakteristik penderita menggunakan kuesioner. Kuesioner mencakup penilaian tentang pengetahuan, sikap, kebersihan diri, dan kebiasaan. Analisis data menggunakan analisis deskriptif sederhana

Hasil: Hasil penelitian menunjukkan frekuensi skabies tertinggi pada usia 13 tahun (33.3%) dan paling banyak pada perempuan (62.9%). Kejadian scabies paling banyak di derita responden dengan pengetahuan sedang (74,1%). Pada variabel sikap, kejadian scabies diderita pada responden dengan sikap yang baik (59.3%). Pada kebersihan personal sebagian besar scabies diderita pada responden dengan kebiasaan personal sedang (63%) dan kebersihan buruk (48,1%).

Kesimpulan: Kejadian scabies paling banyak diderita oleh santri dengan pengetahuan, sikap, kebersihan personal dan kebiasaan yang kurang

Kata kunci: Skabies, Pengetahuan, Sikap, Kebersihan personal, Kebiasaan, Pesantren.

PENDAHULUAN

Skabies adalah penyakit kulit yang disebabkan oleh investasi *Sarcoptes scabiei* varietas hominis. ((Walton SF & Currie BJ, (2007) dan Ko JC & Elston DM (2004)). Penyakit tersebut termasuk dalam penyakit kulit parasitik epidermal yang insidensi dan prevalensinya bervariasi sekitar 0,2-71,4% terkait lokasi dan populasi ((Romani L, Steer AC, Whitfield MJ, Kaldor JM. (2015) dan Gunning K, Pippitt K, Kiraly B, dan Sayler M (2012). Berdasarkan profil kesehatan Provinsi Jawa Tengah tahun 2012 skabies pernah muncul sebagai kejadian luar biasa

yang menyerang 4 kecamatan di Jawa Tengah (Dinkes Provinsi Jateng (2013).

S. scabiei tidak dapat terbang atau melompat namun dapat merangkak dengan kecepatan 2,5 cm/menit pada kulit yang hangat (Chosidow O, 2000). Kutu tersebut dapat bertahan 24-36 jam pada suhu ruangan dan masih memiliki kemampuan untuk menginvestasi dan membuat kanalikuli. Kemampuan tersebut mendukung kemampuan penularan secara tidak langsung melalui pemakaian bersama pakaian atau barang lain. Sifat alamnya tersebut memudahkan penularan sehingga masih menjadi salah satu masalah

kesehatan di Indonesia ((Andersen BM, Haugen H, Rasch M, Heldal Haugen A, & Tageson A (2000) dan Wang CH, Lee SC, Huang SS, Kao YC, See LC, & Yang SH (2012). Hengge UR, Currie BJ, Jager G, Lupi O, Schwartz RA (2006), Heukelbach J, Feldmeier H (2006), Dinkes Provinsi Jateng (2013), Tajirian AL, Schwartz RA (2010) memaparkan bahwa transmisi terjadi melalui kontak personal, hubungan seksual, dan secara tidak langsung melalui penggunaan bersama pakaian atau tempat tidur.

Manifestasi klinis skabies dapat menimbulkan pruritus yang parah namun dengan tingkat mortalitas rendah (Flinders DC and De Schweinitz P. 2004). Walaupun tingkat mortalitasnya rendah jika tidak tertangani dapat menyebabkan pyoderma yang disebabkan oleh invasi sekunder *S. pyogenes* Currie BJ, Carapetis JR. (2000). Selain itu dapat pula menyebabkan komplikasi seperti selulitis, infeksi bakteri invasif, dan glomerulonefritis post streptokokus Walton SF & Currie BJ (2007).

Pada daerah dengan insidensi yang tinggi diagnosis presumtif dapat ditegakkan berdasarkan pada pruritus yang memberat saat malam hari, distribusi dari papul inflamasi dan riwayat kontak dengan penderita. Konfirmasi diagnosis dilakukan dengan kerokan kulit pada kanalikuli menggunakan skalpel tumpul yang selanjutnya diberikan penetasan potasium hidroksida 10%. Pemeriksaan tersebut dapat mengkonfirmasi adanya kutu, telur, atau cangkang telur pada sedian tersebut (Kemkes RI, 2015).

Akmal SC, Semiarty R, & Gayatri (2013) dan Ratna I, Rusmartini T, &

Wiradihardja R. (2015) mengemukakan bahwa tempat-tempat yang memiliki kepadatan tinggi, berisiko tinggi untuk terjadinya penularan skabies terutama asrama dan pesantren. Maka dari itu penting untuk melakukan studi terhadap karakteristik penderita skabies dari segi pengetahuan tentang, sikap, dan kebiasaan di tempat-tempat dengan resiko tinggi tersebut (Ratna I, Rusmartini T, & Wiradihardja R, 2015). Hasil dari studi tersebut dapat dijadikan sebagai acuan sebagai dasar untuk melakukan pencegahan dan penatalaksanaan secara komperhensif di wilayah tersebut.

METODE

Penelitian ini merupakan penelitian deskriptif dengan desain crosssectional. Responden adalah santri di Pondok Pesantren Miftahul Huda Kecamatan Rawalo, Kabupaten Banyumas, Jawa Tengah pada bulan September 2016 dengan menggunakan metode sampling konsekutif. Pemeriksaan dan wawancara dilakukan terhadap santri terdiagnosis skabies.

Data didapatkan dengan pemeriksaan langsung dan menggunakan kuesioner. Penegakan diagnosis skabies berdasarkan kriteria pada Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia No. 5 Tahun 2014 Tentang Panduan Praktik Klinis Bagi Dokter Di Fasilitas Pelayanan Kesehatan Primer. Diagnosis ditegakkan dengan menemukan 2 dari 4 tanda cardinal untuk diagnosis skabies, yaitu: (a) pruritus nokturna; (b) menyerang manusia secara berkelompok (c) adanya gambaran polimorfik pada daerah predileksi lesi di stratumkorneum yang tipis

(sela jari, pergelangan volar tangan, dan kaki), (d) ditemukannya tungau dengan pemeriksaan mikroskopis.

Kriteria inklusi yaitu Santri yang dapat melakukan seluruh proses pemeriksaan, dapat ditegakkan diagnosis skabies dan wawancara kuesioner. Kuesioner mencakup penilaian tentang pengetahuan, sikap, kebersihan diri, dan kebiasaan. Nilai dari kuesioner didapatkan dengan sistem skor, yaitu: baik > 75 %, sedang 40-74%, dan buruk <40%. Hasil yang diperoleh dianalisis secara deskriptif.

HASIL

Hasil pemeriksaan didapatkan 27 responden yang terdiri dari 10 laki-laki dan 17 perempuan. Insidensi tertinggi didapatkan pada usia 13 tahun (33,3%). Sebagian besar responden memiliki pengetahuan tentang skabies dan kebersihan personal yang sedang 74,1%, 3 responden (11,1%), dan 4 responden (14,8%) memiliki pengetahuan tentang skabies yang buruk.

Pada sikap terkait skabies sebanyak 16 responden (59,3%) memiliki sikap yang baik, namun hampir setengahnya (48,2%) memiliki kebiasaan yang buruk terhadap penularan skabies. Pada kebersihan personal sejumlah 4 responden (14,8%) tergolong baik, 17 responden (63%) tergolong sedang, dan 6 responden (22%) tergolong buruk. Untuk kebiasaan terkait penularan skabies didapatkan 7 responden (25%) berkebiasaan baik, 7 responden (25,9%) tergolong sedang dalam kebiasaan, dan 13 responden (48,1%) tergolong berkebiasaan buruk (table 13).

PEMBAHASAN

Berdasarkan data penelitian hanya 3 responden (11,1%) yang tergolong memiliki pengetahuan yang baik tentang skabies. Hal tersebut menurut Sholihah (2015) dan Notoatmodjo (2003) dapat memperbesar kerentanan santri terhadap infestasi skabies dikarenakan pengetahuan merupakan salah satu faktor risiko penting dari penularan scabies. Raza et al (2009) menjelaskan bahwa pengetahuan yang kurang menjadikan seseorang lebih kurang perhatian terhadap pentingnya kebersihan personal dan peran dari kebersihan yang buruk terhadap penyebaran penyakit menular.

Penyelenggara kesehatan setempat berperan dalam edukasi terkait penyakit menular khususnya skabies untuk dapat memberikan pengertian tentang pencegahan terkait transmisi skabies. Selain itu juga diperlukan metode-metode inovatif dalam edukasi kesehatan seperti penggunaan intervensi video sebagai alat edukasi kesehatan. Bieri et al (2012) memaparkan bahwa penggunaan video terbukti menjanjikan dan efektif dalam kontrol dan pencegahan penyakit-penyakit tropis pada anak-anak santri yang termasuk dalam usia sekolah.

Azizah (2011) menemukan bahwa hanya 14,8% santri yang tergolong memiliki kebersihan personal yang baik. Kebersihan personal adalah perawatan diri untuk menjaga kesehatan, sehingga kebersihan diri yang kurang akan memudahkan terjadinya berbagai penyakit yang salah satunya adalah scabies. Aspek kebersihan diri pada penelitian ini adalah frekuensi ganti-

Tabel 1. Karakteristik Responden

Variabel	Frekuensi	Persentase
Usia		
12 tahun	2	7,4%
13 tahun	9	33,3%
14 tahun	8	29,6%
15 tahun	5	18,5%
16 tahun	3	11,1%
Jenis Kelamin		
Laki-laki	10	27,1%
Perempuan	17	62,9%
Pengetahuan		
Baik	3	11,1%
Sedang	20	74,1%
Buruk	4	14,8%
Sikap		
Baik	16	59,3%
Sedang	9	33,3%
Buruk	2	7,4%
Kebersihan Personal		
Baik	4	14,8%
Sedang	17	63,0%
Buruk	6	22,2%
Kebiasaan		
Baik	7	25,9%
Sedang	7	25,9%
Buruk	13	48,1%

pakaian, mandi, mencuci handuk, mengganti sprei maupun sarung bantal, menjemur kasur dan menjemur bantal

Ratna et al (2015) dan Irfan et al (2016) menemukan bahwa kebersihan personal yang kurang baik akan memperbesar risiko terhadap infestasi skabies. Penelitian oleh Audu et al (1997) yang menunjukkan bahwa salah satu aspek kebersihan diri yaitu frekuensi berganti pakaian berhubungan dengan infeksi skabies.

Menjaga kebersihan tempat tidur (termasuk sprei, sarung bantal, dan kasur) yang sangat penting bagi kesehatan diri khususnya kesehatan kulit. Sebaiknya penggantian sprei dan penjemuran kasur dilakukan minimal satu kali seminggu, bila lebih dari 1 minggu, tempat tidur akan menjadi berdebu dan dapat mengandung

kutu yang dapat menembus pori-pori sprei dan kasur. Organisme seperti virus, bakteri, maupun parasit juga dapat mengkontaminasi sehingga berpengaruh terhadap kesehatan (Irfan et al, 2016)

Data penelitian menunjukkan bahwa sebagian besar santri (48,1%) tergolong berkebiasaan buruk terkait transmisi skabies. Kebiasaan tersebut meliputi penggunaan handuk, pakaian, tempat tidur, dan handuk yang kurang baik. Sebagian besar santri masih saling meminjam handuk maupun pakaian, menggunakan tempat tidur secara bersama, dan pencucian atau penjemuran handuk maupun pakaian yang kurang baik. Hal tersebut sesuai dengan penelitian oleh Sianturi et al (2014) yang menyatakan bahwa kebiasaan penggunaan handuk dan tempat tidur bersama merupakan kebiasaan yang

paling umum pada santri dan berhubungan dengan infestasi skabies.

Pakaian dapat menyerap keringat dan kotoran yang dihasilkan oleh tubuh dan juga kontak langsung dengan kulit. Jika pakaian lembab oleh keringat dan kotor maka akan memudahkan pertumbuhan bakteri kulit (Sholihah, 2015). Begitu juga dengan tempat tidur yang dapat bertindak sebagai reservoir dalam transmisi skabies khusus pada pemakaian bersama tempat tidur (McCarthy et al, 2004)

Perilaku hidup bersih dan sehat terutama kebersihan perseorangan umumnya kurang mendapat perhatian. Hal tersebut dapat meningkatkan risiko penularan berbagai penyakit kulit, khususnya skabies. Penularan dapat terjadi bila kebersihan pribadi dan lingkungan tidak terjaga dengan baik. Beberapa pesantren tumbuh dalam lingkungan padat penduduk, lingkungan lembab, dan sanitasi yang kurang memadai. Keadaan tersebut dapat semakin meningkatkan kerentanan terhadap skabies dengan perilaku yang tidak sehat seperti menggantung pakaian dalam kamar, dan saling bertukar benda pribadi (Akmal et al 2013; Ratna et al, 2015)

Feldmeier et al (2009) dan Wang et al (2012) menjelaskan bahwa pengelola pesantren bukan tidak memfasilitasi pengobatan ke layanan kesehatan, namun infestasi baru maupun reinfestasi tetap muncul. Skabies merupakan penyakit multifaktorial sehingga dipengaruhi oleh berbagai faktor antara lain: kepadatan penghuni dalam suatu hunian, sanitasi yang kurang baik, akses yang kurang terhadap layanan kesehatan, dan pengobatan yang

tidak adekuat. Selain itu tingginya infestasi baru dan reinfestasi dapat disebabkan banyak hal, antara lain: terapi yang kurang tepat, kegagalan terapi, atau terapi yang tidak adekuat. Hal tersebut dapat mengakibatkan skabies untuk tetap persisten

KESIMPULAN DAN SARAN

Hasil penelitian dapat disimpulkan, kejadian skabies paling banyak diderita oleh santri dengan pengetahuan, sikap, kebersihan personal dan kebiasaan yang kurang. Diperlukan pedoman untuk mengontrol skabies pada komunitas sehingga dapat meningkatkan pengetahuan, sikap, kebersihan personal dan kebiasaan para santri yang pada akhirnya akan menekan angka kejadian skabies pada santri di pondok pesantren.

DAFTAR PUSTAKA

- Akmal SC, Semiarty R, & Gayatri. 2013. Hubungan personal hygiene dengan kejadian skabies di Pondok Pendidikan Islam Darul Ulum, Palarik Air Pacah, Kecamatan Koto Tangah Padang Jurnal Kesehatan Andalas 2(3):164-7.
- Andersen BM, Haugen H, Rasch M, Haldal Haugen A, & Tageson A. 2000. Outbreak of scabies in Norwegian nursing homes and home care patients: control and prevention. J Hosp Infect. 45:160-4.
- Arlian LG, Runyan RA, Achar S, Estes SA. 1984. Survival and infectivity of *Sarcoptes scabiei* var. *canis* and var. *hominis*. J Am Acad Dermatol; 11:210-215
- Audu L.I., Ogala W.N., A.M. 1997. Yakubu. Risk Factors in the Transmission of Scabies among School Children in Zaria." Nigerian Journal of Pediatrics; 24(2-4), pp.35-3.
- Azizah I.N.. 2011. Relationship Capital Scavenger Knowledge Level About Personal Hygiene with Scabies Incidence in Toddlers in Semarang Landfill. Dinamika Kebidanan; 1:1-5

- Bieri AF, Gray DJ, Raso G, Li Y, and McManus DP. 2012. A Systematic Review of Preventive Health Educational Videos Targeting Infectious Diseases in Schoolchildren. *Am J Trop Med Hyg*. Dec 5; 87(6): 972–978.
- Chosidow O. 2000. Scabies and pediculosis. *Lancet*; 355:819–826.
- Currie BJ, Carapetis JR. 2000. Skin infections and infestations in Aboriginal communities in northern Australia. *Australas J Dermatol*;41:139–43.
- Dinkes Provinsi Jateng. 2013. Profil Kesehatan Provinsi Jawa Tengah Tahun 2012. Semarang; Dinkes Provinsi Jateng
- Feldmeier H& Heukelbach J. 2009. Epidermal parasitic skin diseases: a neglected category of poverty-associated plagues. *Bulletin of the World Health Organization* 87:152-159.
- Flinders DC and De Schweinitz P. 2004. Pediculosis and Scabies. *Am Fam Physician*; 69(2):341-348.
- Gunning K, Pippitt K, Kiraly B, dan Sayler M. 2012. Pediculosis and Scabies: A Treatment Update. *Am Fam Physician*.; 86(6):535-541.
- Hengge UR, Currie BJ, Jager G, Lupi O, Schwartz RA. 2006. Scabies: a ubiquitous neglected skin disease. *Lancet Infect Dis*; 6:769–779.
- Heukelbach J, Feldmeier H. 2006.Scabies. *Lancet*; 367:1767–1774.
- Irfan dan Dilianty OM. 2016. Personal Hygiene and Scabies Incidence on Scavengers in Alak Lanfill Kupang City. *International Journal of Sciences: Basic and Applied Research (IJSBAR)* 29 (3), pp 76-82.
- Kemkes RI. 2015. Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor HK.02.02/MENKES/514/2015: panduan praktik klinis bagi dokter di fasilitas pelayanan kesehatan tingkat pertama. Jakarta: Kemkes RI
- Ko JC & Elston DM. 2004. Pediculosis. *JAAD*, Volume 50, Issue 1, Pages 1–12.
- McCarthy JS, Kemp DJ, Walton AF, dan Currie BJ. 2004. Scabies: more than just an irritation. *BMJ*.80:945.
- Notoatmodjo. 2003. Pendidikan dan Perilaku Kesehatan [Education and Health Behavior]. Jakarta: PT Rineka Cipta;
- Ratna I, Rusmartini T, & Wiradihardja R. 2015. Hubungan tingkat pengetahuan dan perilaku santri dengan kejadian skabies di pondok pesantren Sukahideng kabupaten Tasikmalaya periode Januari-Desember 2013. *Prosiding Penelitian Spesia*
- Raza N, Qadir SNR, dan Agha H. 2009. Risk factors for scabies among male soldiers in Pakistan: case–control study. *East Mediterr Health J*. Sep-Oct;15(5):1105-10.
- Romani L, Steer AC, Whitfield MJ, Kaldor JM. 2015. Prevalence of scabies and impetigo worldwide: a systematic review.*Lancet Infect Dis*;15(8):960-7..
- Sholihah Q. 2015. Relationship between Knowledge, Environmental Sanitation and Personal Hygiene with Scabies (Observational study in the Diamond Miners Community of Cempaka District Banjarbaru South Kalimantan). *Scientific Research Journal (SCIRJ)*; III: VII.
- Sianturi I dan Sungkar S. 2014. The Relationship between Hygienic Practices and Scabies Infestation in Boarding School in East Jakarta. *eJKI*; 2(2).
- Tajirian AL, Schwartz RA. 2010. Scabies and pediculosis: biologic cycle and diagnosis. In: *Dermatoscopy in Clinical Practice*. Micali G, Lacarrubba F (Eds), New York. Informa Healthcare. 7–10.
- Walton SF & Currie BJ. 2007. Problems in diagnosing scabies, a global disease in human and animal populations. *Clin Microbiol Rev*;20(2):268-79.
- Walton SF & Currie BJ. 2007. Problems in diagnosing scabies, a global disease in human and animal populations. *Clin Microbiol Rev*; 20(2):268-79.
- Wang CH, Lee SC, Huang SS, Kao YC, See LC, & Yang SH. 2012. Risk factors for scabies in Taiwan. *Journal of Microbiology, Immunology and Infection*; 45:276-80.
- Yusof MBM, Fitri S, Damopolii Y. A Study on Knowledge. 2015. Attitude and Practice in Preventing Transmission of Scabies in Pesantren Darul Fatwa, Jatinangor. *Althea Medical Journal*. 2(1)